DE

# LA PROPHYLAXIE

DE

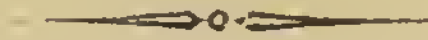
## L'INFECTION PURULENTE.

# DE
# LA PROPHYLAXIE
## DE
## L'INFECTION PURULENTE,

PAR

**Le professeur DEROUBAIX,**

CHIRURGIEN A L'HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES.



BRUXELLES,

IMPRIMERIE DE CHARLES LELONG

Rue Royale, 138.

—

1858.

DE

# LA PROPHYLAXIE

DE

# L'INFECTION PURULENTE.



J'ai fait paraître l'année dernière, dans la *Presse médicale belge* (1), un mémoire *Sur les accidents qui peuvent être la suite des grandes opérations et les moyens de les prévenir*. Plusieurs nouveaux travaux ayant paru depuis cette époque sur cet important sujet, je viens soumettre au public les considérations qu'ils m'ont inspirées, et répondre aux critiques qui ont été dirigées contre le mode de traitement que j'ai proposé.

Les idées fondamentales qui m'avaient dicté ce mémoire étaient celles-ci :

L'infection purulente est incontestablement l'accident le plus grave et le plus fréquent de tous ceux auxquels les grandes opérations pratiquées par l'instrument tranchant peuvent donner naissance.

Toutes les fois que des blessés ont succombé à cette maladie, on a trouvé à l'autopsie une inflammation suppurative des veines placées entre les parties intéressées par l'opération et le cœur, ou du moins on a observé des indices de la pénétration du pus dans ces vaisseaux.

(1) *Presse médicale belge*, n° du 19 avril 1857 et suivants.

Donc c'est dans l'état particulier des veines après les opérations sanglantes, ou dans les phénomènes qui suivent leur division, qu'il faut rechercher les causes de la pyoémie.

Or, l'expérience nous apprend que la section des veines est la lésion la plus dangereuse qu'on puisse leur pratiquer; que la ligature, la torsion, l'écrasement, le broiement même sont moins à craindre sous le rapport des accidents pyoémiques qu'une simple incision de ces vaisseaux, quand cette incision ne peut pas être immédiatement réunie; que les caustiques, s'ils ne sont point, de l'aveu de tout le monde, *constamment* préservateurs de l'infection purulente, exposent cependant infiniment moins à cette complication que tous les autres moyens opératoires connus jusqu'aujourd'hui.

Donc c'est à donner aux plaies des opérés les propriétés de celles qui résultent de l'application des caustiques que doivent tendre les efforts des chirurgiens.

Mais, si les caustiques exposent moins à l'infection purulente que les autres moyens diérétiques, ils offrent des inconvénients qui les rendent inapplicables, d'après les procédés ordinairement employés, aux cas d'amputations, et même à beaucoup d'autres opérations sanglantes.

Il faut donc tâcher de trouver un modificateur des plaies, qui, sans présenter les désavantages des caustiques, agisse cependant dans le même sens sur les veines que l'opération doit intéresser.

La teinture d'iode paraît être un de ces moyens.

Ces idées fondamentales, à l'époque où parut mon mémoire, étaient bien loin d'être acceptées par tout le monde. Quelques esprits investigateurs, parmi lesquels je citerai MM. Bonnet et Philipeaux, de Lyon, Burggraeve, de Gand, et quelques autres, avaient bien, il est vrai, appelé

l'attention des praticiens sur les avantages des caustiques et leurs propriétés antipyoëmiques ; mais l'immense majorité des chirurgiens ne pouvait se défaire de cette idée enracinée, *que les plaies qui se trouvent dans les meilleures conditions sont celles qui ont été pratiquées par l'instrument tranchant*. Cette manière de voir, en faisant d'une chose relativement vraie un principe absolu, enchaînait l'activité du praticien, et le laissait impassible et froidement résigné en présence du plus terrible fléau de la chirurgie. Mais depuis quelque temps, il semble que l'on commence à comprendre que ce que l'on regardait comme une vérité démontrée n'est qu'une manière de voir sujette à contestation, et que le dernier mot n'est pas dit sur le mode d'exécution et la thérapeutique des diérèses chirurgicales. Les symptômes d'un revirement complet surgissent de toutes parts dans la pratique des opérateurs, et chaque jour nous apporte quelque nouveau procédé, quelque nouveau pansement qui témoignent du besoin que l'on éprouve de sortir d'une voie dans laquelle on a subi tant de mécomptes et de déceptions.

L'écrasement linéaire de M. Chassaignac, les tentatives faites pour pratiquer l'amputation au moyen de l'application répétée des caustiques, le bain d'eau chaude permanent de B. Langenbeck, l'ostéoclaste et le serre-nœud de M. Maisonneuve, ne sont que des manifestations de ce besoin, et une protestation contre la pensée que la section par l'instrument tranchant, nette et sans modification thérapeutique, est le mode opératoire le plus convenable et le moins dangereux.

Ce n'est pas sans un vif sentiment de satisfaction que j'ai vu, depuis la publication de mon mémoire, bon nombre de praticiens s'occuper de la grave question de la pyoémie, et partir à peu près des mêmes données que les

miennes pour rechercher les moyens de la prévenir. Une thèse de M. Et. Poirier, soutenue devant la Faculté de médecine de Gand en décembre 1857, envisage spécialement l'infection purulente au point de vue de l'anatomie pathologique, mais touche cependant à quelque points de la prophylaxie. M. le professeur Soupart, de Gand, dans un travail inséré dans les Annales de la Société de médecine de cette ville (1) traite le sujet sous le rapport exclusivement prophylactique. La Société de médecine de Gand a mis la question de la pyoémie au concours pour cette année. Enfin un article critique sur mon travail a été inséré dans le numéro de mars 1858 de l'Echo médical de Neuchâtel, en Suisse, par M. Ernest Reynier.

J'éprouve le besoin, d'une part, de mettre en relief certaines idées excellentes qui sont exprimées dans ces écrits, et d'autre part de me défendre contre quelques assertions qui me concernent et que je ne puis accepter. Je crois aussi qu'il ne sera pas oiseux de revenir, à propos de ces travaux, sur quelques points de pratique qui sont intimement liés à la prophylaxie de la pyoémie, et qui divisent encore aujourd'hui les opinions des chirurgiens.

Je ne suivrai pas M. Poirier dans toutes les parties de sa thèse où il examine exclusivement le sujet au point de vue de l'anatomie pathologique. Je me bornerai seulement à appeler l'attention sur les passages de ce travail où il est question d'expériences faites par notre savant et modeste collègue M. le professeur Poelman, et d'après lesquelles le pus, introduit dans les veines, déterminerait immédiatement une altération des principes constituants du sang; cette altération se traduirait dans l'économie par des symptômes généraux analogues à ceux du

(1) Numéros de janvier, février et mars 1858.

typhus et des maladies pestilentielles, et ce serait elle, et non point la présence des globules purulents dans les capillaires, qui produirait les phénomènes caractéristiques de l'infection purulente. Cette théorie est conforme à celle que soutient M. Lébert, mais elle est en opposition avec les opinions de M. Sédillot, qui attache une importance majeure à la présence des globules, qu'il regarde comme faisant épine à leur arrivée dans les petits vaisseaux qu'ils ne peuvent traverser. On ne peut disconvenir que MM. Lébert et Poelman n'expliquent mieux que M. Sédillot certains états morbides qui peuvent être le résultat de l'introduction du pus dans le système veineux, par exemple les abcès du foie, de la rate, des muscles, les collections des séreuses et des articulations. Comme conséquences pratiques de ces deux manières d'envisager les choses, on conçoit que le praticien admettra plutôt, d'après la première, la nécessité de diriger sa thérapeutique vers l'état général, et d'après la seconde, l'indication de traiter plus spécialement l'état local du poumon, premier organe vasculaire où le pus vient s'engouffrer après son introduction dans les veines.

Il y a dans la thèse de M. Poirier deux points qui se rapportent d'une manière plus spéciale à la prophylaxie de la pyoémie, et surtout au genre de moyens que j'ai cru devoir recommander contre cette affection.

Le premier point consiste dans l'affirmation que non-seulement les globules purulents introduits dans le sang déterminent l'infection purulente, mais que le sérum seul du pus peut produire cette intoxication. Cette assertion est encore basée sur des expériences pratiquées par MM. Lébert et Poelman, qui contredisent celles de M. Sédillot, en ce que ce dernier auteur ne peut admettre d'autres agents de tous les désordres que les globules en

nature. Si les premiers expérimentateurs ont raison, il est facile de voir qu'on sera conduit à prendre de plus grandes précautions encore que celles qu'on conseille aujourd'hui pour éviter la stagnation du produit de la suppuration dans les anfractuosités ou à la surface des plaies, et qu'on recherchera avec empressement les substances qui peuvent donner plus de consistance et de plasticité à ce liquide, et diminuer son abondance.

Le second point concerne l'appréciation des caustiques sous le rapport de leur action préservatrice contre la pyoémie. M. Poirier, tout en admettant l'utilité de ces agents thérapeutiques, ne peut leur accorder l'innocuité qu'on leur a attribuée. Il croit que l'infection purulente peut survenir à la suite de leur application sur les veines, et il cite à l'appui de son opinion un fait observé par M. Teirlinck, et dans lequel une cautérisation d'hémorrhoïdes au moyen du fer rouge a occasionné une phlébite suivie de mort, et un autre cas où l'application de la pâte de Vienne sur des hémorrhoïdes volumineuses et saignantes fut suivie des mêmes résultats. Malgré ces observations, il ajoute cependant : « qu'il y a des opéra-
« tions qu'on ne peut se permettre qu'avec une grande
« réserve, et quand la nécessité en est démontrée, et
« alors, si c'est possible, on doit donner la préférence
« aux caustiques, surtout à ceux qui coagulent le sang. »

Je ne contesterai certainement point l'exactitude des faits rapportés par M. Poirier, pas plus que d'autres rappelés par certains praticiens célèbres, entre autres par M. Velpeau. Mais il me sera permis de mettre en regard de ces quelques cas exceptionnels d'autres exemples bien autrement nombreux où la cautérisation appliquée sur les veines n'a été suivie d'aucune espèce d'accidents. Feu le professeur Kluyskens traitait avec succès par le fer rouge

les hémorrhoïdes et les tumeurs provenant de la chute du rectum. M. le professeur Burggraeve (1) en fait autant avec la pâte de Vienne. MM. Gensoul, Bonnet, A. Bérard, Laugier, Davat, Pétrequin, Barrier, Bouchacourt, Desgranges, Valette (2), etc., ont employé des centaines de fois les caustiques sur les veines sans avoir eu à enregistrer un seul insuccès. Moi-même je les ai mis en usage un bon nombre de fois pour la destruction des varices et du varicocèle, et jusqu'ici je n'ai eu qu'à me louer de leur application. Ne serait-il pas possible que dans les cas d'insuccès cités par M. Poirier il y ait eu quelques circonstances, passées inaperçues, qui ont pu donner le change sur la véritable cause de la mort? J'admets volontiers avec ce praticien qu'il ne faut opérer des tumeurs hémorrhoïdales que quand on y est forcé par la plus impérieuse nécessité, et j'ai la conviction que dans les deux opérations dont il parle les chirurgiens qui les ont pratiquées ont eu affaire à des affectio s accompagnées de graves désordres. Or, en cautérisant des tissus aussi profondément dégénérés, est-on toujours bien sûr qu'on détruit toute l'etendue du mal, et qu'il n'existe point plus haut, dans les veines du rectum ou dans leur voisinage, des germes de phlébite ou d'infection purulente? Il me paraît que le doute doit être bien souvent permis dans des cas de ce genre.

Mais en supposant même que ce doute ne puisse être admis, et qu'il existe quelques exemples bien avérés d'une corrélation intime entre la cautérisation de tumeurs veineuses et l'apparition de la pyoémie, qu'est-ce que cela prouverait contre cette opération? Cela prouverait seulement qu'elle n'est pas infaillible, et l'on pourrait

(1) *Génie de la chirurgie*. Gand, 1853.
(2) R. Philipeaux, *Traité pratique de la cautérisation*. 1856.

alors demander où sont, en médecine et en chirurgie, les moyens absolument infaillibles. Cela ne prouverait pas du tout qu'il faille abandonner un mode opératoire où les insuccès constituent des exceptions infiniment rares, tandis que la plupart des autres sont tellement dangereux qu'ils sont proscrits par la presque unanimité des praticiens Et surtout cela ne prouverait pas que, lorsqu'il est absolument nécessaire d'agir et d'opter entre l'incision et la cautérisation des veines, il ne faille pas avec empressement choisir le dernier moyen et rejeter l'autre, en suivant en cela les indications de M. Poirier lui-même.

On le voit, les objections que dirige ce médecin contre l'innocuité des caustiques ne peuvent ébranler les faits sur lesquels je me suis appuyé pour les recommander comme point de mire à ceux qui veulent faire des recherches sur les moyens de prévenir la pyoémie. Elles ne prouvent même absolument rien contre certains caustiques que plusieurs auteurs placent bien au-dessus du fer rouge et du caustique de Vienne, entre autres, par exemple, le chlorure de zinc. Enfin, elles ne peuvent pas plus discréditer l'emploi de la teinture d'iode que celui de médicaments plus énergiques du même genre.

Le mémoire de M. le professeur Soupart se distingue surtout par une innovation, qui, je le crois, fera sensation dans la science. Ce praticien, admettant comme point de départ que la phlébite et l'infection purulente sont le plus souvent produites par la stagnation du pus et de la sanie à la surface de la plaie, et à leur introduction dans les extrémités ouvertes des veines et des capillaires, conseille de lier temporairement les veines en même temps que les artères. Cette pratique, dit M. Soupart, qui était mise en usage par les anciens, et recommandée par Am-

broise Paré, mais dans le but de remplir l'indication mal fondée d'arrêter l'hémorrhagie par les veines, est abandonnée aujourd'hui, parce qu'on la juge, et avec raison, inutile comme moyen hémostatique, et qu'on est imbu de l'idée que la phlébite pourrait suivre son application. Le professeur de Gand explique les raisons qui lui font penser que la ligature temporaire est moins dangereuse que la permanente, que l'on accuse d'avoir produit quelquefois des accidents, et il établit aussi la différence qu'il y a entre la ligature placée sur les veines coupées et celle qui embrasse la continuité de ces vaisseaux. Il conclut de ses raisonnements et de quelques expériences pratiquées par lui, à l'innocuité complète du moyen qu'il propose.

Il serait difficile, me paraît-il, d'opposer aucune objection plausible aux raisons que donne M. Soupart pour prouver l'utilité du moyen qu'il préconise. Sans nul doute, une veine liée deviendra inapte à transmettre du pus dans les voies circulatoires, si elle ne s'enflamme ou ne s'ulcère point elle-même; et en fermant à la pyoémie une porte d'entrée de cette importance on aura diminué de beaucoup les chances de l'intoxication. Il est vrai de dire que tout le monde n'admettra pas l'innocuité absolue de la ligature; mais il y aura bien peu de personnes qui, après y avoir réfléchi, voudront soutenir qu'en elle-même, et indépendamment de l'oblitération favorable qu'elle produit, elle n'est point infiniment moins grave que l'incision simple. L'étude comparative des effets produits par la ligature et l'incision des veines variqueuses est là pour éclairer l'opinion à ce sujet, et forcer à admettre que l'on ne peut que gagner à substituer la première opération à la seconde. C'est donc une belle et bonne idée que celle qui a pour objet cette substitution, et il est vraiment étonnant, tant elle paraît rationnelle,

qu'elle ne soit pas venue plus tôt à l'esprit des opérateurs.

Pour mon compte, ma conviction est suffisamment faite à cet égard pour que je puisse déclarer que je n'hésiterai pas le moins du monde à mettre cette innovation en pratique à la première occasion. Seulement, comme après la ligature il reste toujours le bout tranché du vaisseau, qui conserve les mauvaises qualités des plaies des veines faites par incision, et comme j'avoue que la ligature ne m'inspire point, en tant qu'agent diérétique, autant de confiance que la cautérisation, je pense que son emploi n'autorise point à négliger l'usage des modificateurs qui doivent agir sur le reste de la plaie et sur les canaux mêmes qui ont été liés. Il me paraît même qu'il serait bon d'imbiber préalablement les ligatures dans le liquide modificateur avant de l'appliquer sur les vaisseaux.

Cette manière de voir est partagée jusqu'à un certain point par M. Soupart, car lui aussi propose d'arroser, de badigeonner la plaie avec une substance qui change sa manière d'être. Mais tandis que j'ai eu principalement en vue une action substitutive en conseillant la teinture d'iode, il semble s'être plutôt attaché à un effet simplement astrictif et oblitérateur en recommandant l'eau de Pagliari. Pour lui, l'eau de Pagliari vient exécuter sur les petits vaisseaux inaccessibles aux ligatures ce que celles-ci ont produit sur les grosses veines. Y a-t-il de l'avantage à employer plutôt l'un que l'autre des deux médicaments dont il vient d'être question? Sous le rapport de l'oblitération des vaisseaux, la théorie indique que non, puisque les caustiques coagulants énergiques, les caustiques légers comme la teinture d'iode, et les astringents comme la liqueur de Pagliari, agissent en définitive de la même manière, c'est-à-dire en coagulant l'albumine.

C'est ici une question de plus ou de moins, et s'il fallait abaisser la puissance de la teinture d'iode au degré simplement astrictif, rien ne serait plus facile, soit en l'étendant d'eau chargée d'un peu d'iodure de potassium, soit en n'en employant qu'une couche mince qui se délayerait dans les liquides qu'elle rencontrerait à la surface de la plaie. Sous le rapport de la modification imprimée aux surfaces saignantes, on peut dire *à priori* que celle que procure la teinture d'iode doit être beaucoup plus profonde, et selon ma manière d'envisager les choses, c'est là un effet qui n'est pas à dédaigner. M. Soupart craint qu'en agissant trop profondément, on n'altère le réseau vasculaire sous-cutané en produisant une eschare trop épaisse, et qu'ainsi on ne nuise à la réunion immédiate ou régulière. C'est là, selon moi, une crainte chimérique en ce qui concerne la teinture d'iode : car, nous savons qu'elle ne produit point une eschare ordinaire, formée aux dépens d'une certaine épaisseur de tissu, et nécessairement éliminable, mais bien une substance scariforme, recouvrant seulement les surfaces à la manière d'une fausse membrane très-mince, et susceptible d'absorption, comme le prouvent tous les jours les opérations d'hydrocèle par injection. Au point de vue du bourgeonnement et de la suppuration que M. Soupart a vu favorablement influencés par l'eau de Pagliari, nous connaissons aussi les effets admirables de la teinture d'iode sous le rapport plastique, et sa puissance modératrice de la pyogénie, et il faut ajouter à ces qualités une autre propriété qui a aussi son importance, je veux parler de sa vertu antiputride. Néanmoins, ne basons point exclusivement notre jugement sur des données théoriques, et attendons pour nous prononcer d'une manière catégorique, que l'expérimentation comparative ait dit son mot sur ce sujet.

M. Soupart, outre la ligature des veines et l'oblitération des petits vaisseaux par un liquide astringent, recommande encore, comme moyens prophylactiques contre la pyoémie, les modes et procédés opératoires qui conservent le moins de chairs possibles dans la plaie, et les pansements qui empêchent la stagnation des liquides à sa surface. Les préceptes qu'il donne à cet égard me paraissent excellents. Il est évident qu'une plaie faite d'après les principes exposés dans son remarquable ouvrage sur les amputations des membres (1) doit être infiniment plus innocente que celles résultant des amputations pratiquées à la manière ancienne, et dans les endroits nommés *lieux d'élection*. Toutefois, je ferai observer qu'il est certains procédés de M. Soupart, surtout ceux dans lesquels le lambeau doit être ramené d'arrière en avant sur les surfaces saignantes, qui se prêtent mal au précepte qu'il donne lui-même avec tant de soin, de faire le pansement de manière à permettre le libre écoulement des liquides au dehors. Ce précepte, que je regarde comme d'une importance majeure, toutes les fois que la réunion immédiate ne peut être raisonnablement espérée, me paraît devoir entraîner comme conséquence naturelle cette autre loi chirurgicale : *qu'il faut, toutes choses égales d'ailleurs, et chaque fois qu'il n'existe point de contre-indications spéciales et positives, tailler le lambeau de manière à ce que, le patient étant placé dans la position qu'il devra garder après l'opération, ce lambeau retombe, soit directement, soit du moins obliquement sur les parties divisées, de manière à ce que les lèvres de la plaie regardent le plus possible la région la plus déclive.* Je ne nie pas que les procédés

(1) F.-J.-D. Soupart, *Nouveaux modes et procédés pour l'amputation des membres*. Bruxelles, 1847.

de M. Soupart ne soient tellement bien imaginés qu'ils puissent s'adapter à toutes les circonstances particulières des amputations de manière à satisfaire aux exigences de cette loi. Mais je ne sais si ses préoccupations constantes, et légitimes, du reste, relativement à l'exacte concordance de la forme du lambeau et de celle de la surface à recouvrir, ne lui ont pas fait perdre un peu de vue le libre écoulement des liquides après le pansement. Ce qui me ferait penser qu'il en est ainsi, c'est que je ne vois nulle part dans ses mémoires une préférence établie en faveur des opérations dans lesquelles les lambeaux retombent par leur propre poids sur les surfaces intéressées ; c'est ensuite que je vois dans le travail présenté à la Société de Gand (1), le conseil d'appliquer des sutures sur les lèvres de la plaie « pour faciliter le maintien du lambeau, quand il doit être relevé contre son propre poids; » c'est enfin qu'il n'est point question dans les ouvrages du professeur de Gand des moyens à employer quand il est absolument impossible d'éviter de faire un lambeau inférieur, moyens qui auraient pu consister, par exemple, dans la perforation par le bistouri du milieu de la base du lambeau, l'introduction d'une mèche dans cette ouverture, le drainage de la plaie, etc. Ce défaut d'harmonie, cette espèce de contradiction dans les préceptes posés par M. Soupart, ne sont point, j'en suis sûr, dans sa pensée; mais ils ne peuvent manquer de frapper tout lecteur qui, comme moi, aura lu avec attention ses ouvrages.

Le mémoire de M. Soupart est encore intéressant par les considérations qu'il émet sur l'opportunité des différents modes de réunion, immédiate, secondaire, et *par*

(1) Numéro de janvier 1858, p. 37.

*double intention.* Mais comme ce sujet rentre dans une question soulevée par M. Reynier dans l'article critique inséré dans l'Echo médical de Neuchâtel, critique dont je vais maintenant m'occuper, j'aurai occasion d'y revenir un peu plus loin.

M. Reynier, je le reconnais tout d'abord, m'a témoigné, dans l'analyse qu'il a faite de mon travail, une bienveillance et une urbanité dont je dois le remercier. Mais je suis forcé de combattre la plupart de ses réflexions critiques, qui me paraissent porter à faux, soit parce qu'il ne m'a point bien compris, soit parce qu'il a mal apprécié la portée de mes assertions.

J'avais cru, qu'entre autres qualités que devait présenter, selon moi, l'agent modificateur appliqué sur les plaies saignantes pour prévenir l'infection purulente, il devait « n'avoir aucune action sur les ligatures, afin de ne point exposer aux hémorrhagies » et « déterminer l'oblitération et l'agglutination des orifices vasculaires par un effet astrictif et cicatrisant énergique (1). » M. Reynier me fait remarquer à ce propos que nous possédons des remèdes qui, non-seulement comme la teinture d'iode n'exposent pas aux hémorrhagies, mais encore les préviennent ou les arrêtent; que les vaisseaux contenus dans les canalicules de Havers ont une position anatomique qui ne leur permet pas de s'oblitérer; et que pour les vaisseaux d'un plus grand diamètre, j'avoue moi-même que la teinture d'iode n'empêche pas leur hémorrhagie.

Il s'agit ici de bien s'entendre : je n'ai point prétendu (et la preuve en est dans l'aveu que j'ai fait et que rappelle M. Reynier) que la teinture d'iode fût douée de

(1) *Presse médicale belge,* 26 avril 1857.

propriétés hémostatiques assez puissantes pour empêcher l'hémorrhagie par les gros vaisseaux. Je n'ai voulu lui attribuer que la faculté de pouvoir oblitérer et agglutiner les orifices des petits canaux par une action astrictive et cicatrisante : et encore n'ai-je pas soutenu que cet effet fut immédiat. Les propriétés antihémorrhagiques du médicament sur les grands troncs vasculaires m'importaient peu, puisque j'en possédais de bien plus puissantes dans les ligatures. Mais je voulais que ces ligatures ne pussent être altérées par le liquide qui devait me servir pour modifier la totalité de la surface, comme cela serait infailliblement arrivé si ce liquide eut été un acide ou une solution alcaline, qui eussent bientôt attaqué les liens au point de les rendre incapables de résister à la pression de la colonne sanguine. Maintenant, qu'il y ait des remèdes qui arrêtent et préviennent mieux les hémorrhagies que la teinture d'iode, je l'admets bien volontiers. Mais la question n'est pas là : il s'agit de savoir si en obtenant ces effets par ces substances on remplit également bien les autres conditions du problème. Là est la difficulté ; et si elle n'est point vaincue par les moyens auxquels il est fait allusion, ces moyens sont inapplicables, et l'objection tombe ainsi d'elle-même.

J'ai dit dans mon mémoire que la disposition anatomique des vaisseaux sanguins contenus dans les canalicules de Havers rend ceux-ci très-propres à recevoir le pus dans les cas d'infection purulente : M. Reynier conclut de cette disposition anatomique que ces vaisseaux ne peuvent être oblitérés par la teinture d'iode. Pour admettre ceci, il faudrait que ces organes fussent incapables de resserrement et de dilatation, et qu'ils fussent réduits à l'état de tubes inertes; et c'est ce que je n'ai

pas prétendu, et ce qui n'est pas. En effet, il y a des cas de congestion où ils se gonflent, et d'autres cas d'anémie où ils reviennent sur eux-mêmes, ce qui suppose une faculté contractile ou élastique ; et d'un autre côté, l'observation directe démontre qu'ils ne remplissent pas toute la lumière des canalicules, mais qu'ils sont entourés dans ceux-ci d'une substance molle contenant la plupart des éléments de la moelle, ce qui suppose encore une fois une certaine faculté d'expansion et de retrait dans les canaux osseux qui les contiennent. L'analogie que j'ai invoquée entre les vaisseaux des os longs intéressés dans les amputations et les sinus veineux des autres régions du corps ne concernait que leur *état béant,* déterminé, dans les os, par des connexions capillaires avec les orifices des parois des canalicules, et dans les sinus, par une véritable adhérence aux tissus ambiants. Cet état béant, qui ne se modifie pas en présence du pus, devait nécessairement, disais-je, favoriser l'introduction des globules de ce liquide dans le torrent circulatoire. Mais je n'ai pu prétendre que cet état ne pût se modifier sous l'influence d'un excitant vigoureux, et encore moins qu'un agent plastique coagulateur fût incapable de boucher les petits orifices saignants formés par la section de l'os. L'action resserrante de la teinture d'iode, mise en regard de l'action dissolvante du pus, devait au contraire me faire supposer une influence opposée de ces liquides sur les parois des vaisseaux, et me faire admettre par conséquent que ce qui se passe à leurs orifices ouverts quand ils sont baignés dans la matière purulente, ne peut plus se produire quand ceux-ci ont été froncés et recouverts de coagulum par la vertu du médicament iodé. Si M. Regnier avait bien voulu y réfléchir, il aurait vu que c'est précisément pour modifier l'état béant des vais-

seaux des os, que j'admets comme une des causes de la pyoémie, que j'ai eu recours au badigeonnage à la teinture d'iode, et s'il s'était rappelé la contractilité de ces vaisseaux, contractilité semblable d'ailleurs à celle des autres canaux du même calibre, il se serait gardé de leur refuser la faculté de se resserrer sous l'influence d'un si puissant excitateur.

M. Regnier reproche à la teinture d'iode la douleur intense qu'elle produit lors de son application sur la plaie. Je ne citerai pas, pour lui répondre, les cas dans lesquels l'emploi du médicament peut être fait alors que l'opéré est encore chloroformisé : je préfère admettre avec lui que cet inconvénient est réel. Mais je m'empresse d'ajouter qu'il est bien racheté par l'indolence qui fait suite à cette vive sensation, et qui rend les pansements consécutifs si faciles et si doux pour le patient. Je dirai plus : il m'a paru que l'impression produite par la teinture d'iode, quoique fort pénible, est cependant moins agaçante et moins perturbatrice que celle d'une grande plaie fraîchement pratiquée. La substitution qu'elle produit me paraît à peu près semblable, relativement à son influence sur le système nerveux, à celle opérée par un vésicatoire appliqué sur une partie affectée de rhumatisme aigu : l'on sent pendant cette application que le nouveau mal est aussi intense, mais qu'il est d'une autre nature, d'une essence plus bénigne, si je puis m'exprimer ainsi, que celui qu'il doit remplacer, et certaines personnes le supportent, non-seulement avec facilité, mais même avec une espèce de satisfaction. S'il m'est permis d'expliquer mieux ma pensée par un exemple qui m'est propre, je citerai ce fait-ci : Un furoncle, qui m'était survenu à la région dorsale d'un doigt, me faisait souffrir au point de me priver complétement de

sommeil ; j'appliquai un morceau de caustique de Vienne sur la tumeur, de manière à la détruire à fond. Cette opération fut certainement très-douloureuse, mais je la supportai infiniment mieux que le mal précédent, qui retentissait profondément sur toute l'économie et me donnait la fièvre. L'action du caustique ne fut pas plutôt épuisée, que je recouvris le calme que j'avais perdu et que je m'endormis profondément. Tel doit être à peu près, me paraît-il, l'action de la teinture d'iode comparée à l'influence d'une grande et grave incision.

Une objection beaucoup plus importante que m'adresse M. Reynier, c'est qu'en mettant en usage ma méthode de pansement, il est impossible d'obtenir l'agglutination par première intention, soit complète, soit partielle.

Cette accusation est-elle bien fondée? Je suis très-porté à en douter, pour ma part : car si j'analyse l'action de la teinture d'iode, je vois qu'elle détermine une exsudation modérée avec laquelle se combine le médicament, et je ne trouve rien dans ce produit qui ne soit susceptible d'être absorbé ou qui puisse s'opposer à l'agglutination de la plaie. Si j'interroge les faits pratiques, j'observe partout que la teinture d'iode fait adhérer les parois des cavités closes, qu'elle est portée sans danger de suppuration dans le tissu conjonctif, que nulle part son application n'est suivie d'une élimination de substance étrangère du sein des tissus. Pourquoi donc empêcherait-elle le recollement d'une plaie fraîche, surtout lorsque, ainsi qu'il convient de le faire, on a entraîné l'excédant du coagulum par des lotions à l'eau pure? Je n'imagine point quels sont les éléments nouveaux qui puissent dans ce cas faire dévier la nature du travail qu'elle exécute d'ordinaire quand elle est appelée à réagir sur la teinture d'iode introduite dans l'intimité des organes. Et ce qui

peut me faire croire que ces éléments nouveaux n'existent pas, c'est que, quoique en général mes expérimentations sur la teinture d'iode n'aient point été faites en vue de la réunion par première intention, il m'est souvent arrivé de voir, le lendemain du premier pansement, certaines surfaces badigeonnées la veille réunies en partie, comme elles eussent pu l'être à la suite d'une synthèse immédiate. Ces faits, je l'avoue, et je le regrette beaucoup, ont trop peu attiré mon attention, et sont trop peu nombreux pour que j'en puisse tirer des conclusions positives; mais ils suffisent pour me faire douter de l'incompatibilité de la teinture d'iode et de la réunion par première intention.

Maintenant, renversons la thèse, et supposons qu'en effet cette incompatibilité existe, comme le prétend le médecin de Neuchâtel. En résulterait-il des inconvénients tels qu'il faudrait renoncer à l'emploi de la teinture d'iode? Nous allons examiner sérieusement cette question, qui implique celle de l'opportunité de la réunion par première, seconde, ou double intention.

Envisagée dans ses rapports avec la prophylaxie de l'infection purulente, il tombe sous le sens que rien n'est aussi avantageux et aussi admirable que la réunion par première intention : Une grande plaie vient d'être pratiquée, et elle comprend des lésions de nombreux organes; mais on adapte exactement sur ces lésions des tissus également bien nettement tranchés. Les surfaces ainsi parfaitement superposées, ne donnent plus d'écoulement sanguin, mais bientôt elles exsudent un liquide fibrino-albumineux dont la quantité est précisément suffisante pour les faire adhérer avec force; dans ce liquide, qui sert de blastème à une nouvelle organisation, se développent des vaisseaux et un nouveau tissu con-

jonctif qui se mettent en rapport avec les tissus similaires du voisinage; et lorsque ce travail, qui s'est formé sans aucune espèce d'élimination de substances étrangères et de suppuration, est achevé, tout est rentré dans l'ordre, et la cicatrisation est complète. Quoi de plus rationnel, de plus inoffensif, de plus régulier, qu'une réunion de cette espèce? Il n'y a point là d'éléments pour l'infection purulente, puisqu'il n'y a pas de formation de pus. Il n'y a point de réaction profonde sur l'économie, puisqu'il ne s'opère qu'un acte de réparation. L'opéré passe d'un état grave à la santé la plus parfaite sans transition bien sensible, et comme par l'effet d'un coup de baguette. Nouveau thaumaturge, le chirurgien semble avoir asservi la nature à sa volonté et avoir enchaîné son action dans les limites qu'il lui a plu de lui assigner.

Certes une réunion de ce genre est d'une beauté, d'une promptitude et d'une sûreté inappréciables, et elle est bien faite pour séduire l'homme de l'art aussi bien que le malade. Mais malheureusement il est reconnu aujourd'hui qu'elle ne réussit que dans des circonstances exceptionnelles, et spécialement dans les petites amputations et dans certaines autres lésions qui se trouvent dans des conditions toutes particulières. Dans les grandes amputations, c'est-à-dire dans celles où la pyoémie est le plus à craindre, cette réunion peut être considérée comme une perfection idéale, que l'on poursuit sans cesse mais que l'on n'atteint que bien rarement, après une succession de déceptions et de déboires de toute espèce. Je ne sais si dans certains pays la réunion immédiate est plus facile à obtenir qu'en Belgique; mais je puis affirmer qu'à Bruxelles, elle constitue, dans les grandes amputations, un phénomène d'une rareté extrême. Je ne l'ai jamais obtenue, pour ma part, d'une manière complète. Je ne

crois pas trop m'engager en affirmant que deux chirurgiens, dont le talent et l'expérience ne seront point contestés, MM. les professeurs Seutin et André Uytterhoeven, mes anciens maîtres, n'ont pas été plus heureux que moi. Le professeur Kluyskens, de Gand, a vu, après la bataille de Waterloo, la réunion par première intention réussir à peine quatre fois sur 160 amputations. Ce sont là de bien maigres résultats, qui payent bien mal les efforts que l'on a faits pour les obtenir. Aussi voyons-nous aujourd'hui de toutes parts, après une période d'engouement général pour la réunion par première intention, se manifester une réaction en faveur de la réunion secondaire; et rien n'est si commun que de trouver de chauds partisans de ce dernier mode de pansement, chez ceux-là mêmes qui, au début de leur carrière chirurgicale, s'étaient montrés les plus zélés défenseurs d'une pratique tout opposée.

M. le professeur Soupart, dans le mémoire que j'ai analysé plus haut, explique les raisons qui font que la réunion immédiate est si rarement obtenue dans une plaie d'amputation : il en attribue la cause à la nécessité où l'on se trouve d'appliquer des ligatures ou d'autres hémostatiques agissant comme corps étrangers; aux anfractuosités et aux creux qu'il est difficile de combler exactement dans une pareille plaie; à sa composition, qui consiste en des tissus hétérogènes « exhalant probablement, dit-il, des liquides hétérogènes, dont le mé-
« lange peut nuire à la réunion, de même que la trop
« grande abondance de ces liquides épanchés entre les
« surfaces rapprochées, empêche ou trouble tout travail
« d'adhésion et détruit celle-ci, si elle s'est opérée sur
« sur quelques points. »

Ces explications me paraissent parfaitement justes.

Il est impossible de prétendre obtenir une réunion immédiate parfaite là où il a fallu laisser dans la plaie des corps étrangers. Les essais que l'on a tentés pour éviter cet inconvénient en composant les ligatures de substances animales et susceptibles d'absorption, ont, comme on le sait, complètement échoué. La torsion, qui a eu un moment de faveur, n'a point tenu les promesses qu'elle avait faites, et il n'est plus aujourd'hui de praticien qui osât s'y fier pour arrêter l'hémorrhagie des grosses artères. Les vides et les sinuosités qui existent naturellement entre les organes qui sont intéressés dans une plaie d'amputation, et qu'il serait si important d'empêcher, augmentent en nombre et en étendue par les mouvements involontaires du moignon et les contractions spasmodiques des fibres musculaires. Le sarcolemme des faisceaux primitifs des muscles et la substance dure des os, formés, le premier par une substance amorphe, et la seconde par des sels minéraux, doivent être nécessairement réfractaires à une prompte adhésion. L'on pourrait révoquer en doute l'hétérogénéité des liquides exhalés par les différents tissus qui entrent dans une surface amputée, attendu que le plasma est partout exsudé par les vaisseaux sanguins, quels que soient le nombre et la nature des autres éléments histologiques qui les accompagnent ; mais une lymphe plastique, même parfaitement homogène, ne peut dépasser en abondance les limites attribuées à une bonne et solide agglutination : si elle dépasse ces limites, l'excédant de sa substance est convertie en pus, et dès lors l'action dissolvante de ce liquide entraîne le décollement des parties et la formation d'un abcès. Partout où des déchirures sont opérées par des contractions musculaires, il y a des vaisseaux lésés, ces vaisseaux laissent suinter du sang, et une nouvelle

cause de séparation des surfaces se trouve ainsi ajoutée à toutes les autres. Les petites hémorrhagies de vaisseaux mal affrontés avec les lambeaux, qui sont si fréquentes après les grandes opérations et même après les petites, donnent naissance à un caillot sanguin, et compromettent à coup sûr la réunion, en déterminant un travail d'élimination qui aboutit nécessairement à une ouverture de la plaie.

Si toutes ces causes réunies rendent la réunion par première intention si chanceuse et si rare, il en résulte qu'elle n'est pas un avantage dont nous puissions si bien disposer que nous soyons autorisés à rejeter pour lui les précautions qui pourraient le contrarier, tout en nous prémunissant contre de graves dangers. Mais il y a une autre considération qui doit nous rendre circonspects dans la poursuite de ce bien si difficile à saisir et à conserver.

On a dit et répété que si la réunion immédiate compte peu de succès, du moins on ne risque rien à la tenter, et que si une circonstance vient à la faire manquer, la plaie rentre alors, sans avoir traversé aucun écueil, dans la catégorie de celles qui doivent se guérir par seconde intention. C'est une grave erreur, selon moi, surtout quand on raisonne ainsi en vue des amputations. Un moignon qui a subi une pareille tentative infructueuse, offre en général une réunion ou partielle ou totale de la peau, par la raison que cet organe contient beaucoup plus d'éléments d'adhésion que les muscles et les os, ainsi que je l'ai expliqué tout à l'heure. Cette réunion convertit alors les parties en une cavité complétement ou incomplétement fermée, que je comparerai à celle des clapiers ou des vastes abcès, et qui en présente tous les dangers. Le pus stagne dans cette cavité,

l'air y entre, quand il y a une ouverture, y séjourne et y corrompt les liquides, dont la mauvaise composition tend à ulcérer les tissus, les veines y comprises, et à faire naître ainsi toutes les conditions de la pyoémie. La trompeuse cicatrisation des parties extérieures ne détourne que trop souvent, dans ces cas, l'attention du chirurgien de ce qui se passe plus profondément, au fond des sinuosités et des détours de ce laboratoire de matières infectieuses. Trop heureux s'il se réveille assez à temps pour conjurer l'orage, en détruisant toutes les parties réunies qui obstruent le cloaque, et en convertissant ainsi celui-ci en une surface plane où le regard puisse plonger et guider la main pour réparer les dégâts déjà produits !

La position de l'homme de l'art après les grandes amputations qu'il a cherché à traiter par la réunion immédiate est donc celle-ci : il y a cent à parier contre un que la réunion complète ne se fera pas ; et si elle se fait d'une manière incomplète et vicieuse, il se trouvera dans l'alternative, ou d'assister à l'apparition de graves désordres, ou de devoir détruire, en provoquant de grandes douleurs, les adhésions qu'il aura lui-même provoquées. Cette position n'est vraiment pas très-enviable, et elle ne vaut pas, sans contredit, celle du chirurgien qui du premier coup s'est mis en garde contre la rétention possible des matériaux de la pyoémie à la surface de la plaie, et contre leur pénétration dans le système circulatoire.

Il résulte de ce qui vient d'être dit qu'en supposant, d'un côté, que la teinture d'iode mît obstacle à la réunion immédiate, et d'un autre côté, qu'elle offrît des garanties contre l'infection purulente, il n'y aurait pas à hésiter à la mettre en usage, en préférant ainsi des avantages

réels à un bénéfice purement hypothétique. Mais nous avons vu que rien ne prouve que l'emploi de la teinture d'iode ne puisse s'allier avec la réunion par première intention, et ce prétexte même échappe ainsi aux adversaires de cet agent thérapeutique.

Avant de quitter ce sujet des réunions, qu'il me soit permis d'ajouter quelques mots pour qu'on ne se méprenne point sur ma pensée. Je ne suis point un adversaire de la réunion immédiate, et j'ai dit au contraire dans mon mémoire que je désire vivement qu'on parvienne à perfectionner tellement les procédés qui la concernent qu'elle puisse finir par rendre réellement les services qu'on a si longtemps attendus d'elle. Je pense même avec M. Soupart, que malgré l'état d'imperfection où se trouve aujourd'hui l'art chirurgical à son égard, il faut encore la tenter dans certaines circonstances déterminées où l'insuccès est sans conséquence et la réussite assez probable. Mais je crois qu'il ne faut pas toujours la regarder comme inoffensive, et que toutes les fois que des chances trop nombreuses se prononcent contre elle, il faut l'abandonner résolûment et sans regret pour adopter la réunion secondaire, ou bien la réunion par double intention, que M. Soupart recommande dans son ouvrage, et dont il est impossible de méconnaître l'importance et l'innocuité relative.

M. Reynier, poursuivant sa critique, dit : « Si la tein-« ture d'iode diminue l'abondance de la suppuration, il « existe des cas où la suppuration trop lente, peu con-« sistante, a besoin d'être excitée et non pas diminuée, « par exemple chez les vieillards. M. le professeur De-« roubaix applique cependant la teinture d'iode après « *toutes* les amputations, sans citer aucune contre-indi-« cation, ni quant à l'âge, ni quant au tempérament, etc.

« En général, pourquoi vouloir trouver dans un *seul* re-
« mède toutes les qualités nécessaires pour combattre les
« accidents qui suivent les grandes opérations? Serait-il
« hypersthénisant dans certains cas, hyposthénisant dans
« d'autres, tantôt déprimant, tantôt excitant? Pourquoi
« vouloir trouver une panacée? Ce n'est pas même ré-
« pondre au titre de l'ouvrage, qui réclame, non pas *un*,
« mais *des* moyens de prévenir les accidents qui suivent
« les grandes opérations. »

Il est probable que M. Reynier, en supposant qu'il existe des cas où la teinture d'iode peut ne pas convenir à cause qu'elle diminue la suppuration, partage l'avis de certains médecins qui pensent qu'il est bon de faire suppurer certaines plaies, soit dans un but de cicatrisation, soit dans un but de dépuration. Je ne saurais admettre cette manière de voir, qui, je le sais, est loin d'être abandonnée, mais que beaucoup de personnes ont embrassée, plutôt parce qu'elle est passée dans la pratique comme une espèce de tradition, que parce qu'elle est basée sur des raisons solides. Que faut-il, en effet, pour qu'une plaie se cicatrise régulièrement? Il faut que les surfaces s'enduisent d'une couche mince d'un liquide albumino-fibrineux dans lequel doivent se développer les éléments de l'adhésion définitive. Il n'est pas nécessaire qu'elles soient baignées d'une quantité considérable de pus; au contraire, quand cela arrive, on observe en général que la cicatrisation est retardée, et qu'elle ne commence à faire des progrès sensibles que quand l'abondance de ce liquide diminue. Ne voit-on pas d'ailleurs, dans les réunions immédiates qui réussissent, que la nature peut fort bien opérer son travail de restauration sans que la sécrétion d'une goutte de pus soit indispensable? Pourquoi donc faudrait-il tant tenir à ce que ce liquide inonde

les surfaces opérées? Je conçois que l'on puisse rencontrer des plaies sans réaction suffisante, des plaies où l'action vitale est déprimée et incapable de mener à bonne fin les métamorphoses qui doivent s'opérer dans les tissus. Je comprends qu'on cherche à rémédier à cet état par des moyens locaux et généraux : mais je ne crois pas que ce soit en excitant la suppuration que l'on obtiendra cet effet, et il me paraît qu'il suffira pour cela d'amener l'économie et la partie opérée au degré d'activité voulu pour qu'une exsudation de lymphe plastique vienne lubréfier convenablement les surfaces.

Quant à la nécessité de la dépuration par la pyogénie, c'est là une de ces erreurs qui ne reposent sur aucune donnée tirée de la saine observation. Toutes les fois que le corps a besoin de se débarrasser de substances altérées et nuisibles, il possède dans les reins, le foie, la peau et quelques autres organes secréteurs des émonctoires assez actifs pour qu'il ne doive point recourir encore à une évacuation par une plaie nouvellement formée. On s'étaye, pour soutenir que cela doit du moins avoir lieu lorsqu'on opère après les suppurations chroniques, sur ce que l'économie a été habituée à perdre une certaine quantité d'humeurs, et qu'il serait dangereux de supprimer trop tôt une pareille déperdition. C'est comme si l'on disait qu'il peut y avoir des inconvénients à faire disparaître trop tôt la fièvre hectique, les diarrhées colliquatives, les sueurs profuses, la cachexie et tous les autres accidents des longues suppurations. On sait ce que l'on doit penser de ces prétendus dangers quand on a vu des malheureux arrivés au dernier degré du marasme par la présence de nombreux clapiers, renaître en quelques jours à une santé qui ne se dément plus, quand on vient à les debarrasser tout à coup de ces foyers infectants par une opé-

ration qui marche rapidement à la guérison. Par contre, on comprend ce que peut produire un excès de suppuration survenant subitement chez un individu sain, quand on a observé les formidables accidents qui suivent certaines lésions très-étendues, par exemple les vastes brûlures. Quand on reporte ses souvenirs sur des faits de ce genre, on a peine à se figurer qu'il soit possible de soutenir que la suppuration soit une espèce de fonction dépurative, et qu'on admette qu'elle puisse rendre des services de cette catégorie à la suite des opérations.

Je ne disconviens pas cependant qu'il ne soit quelquefois utile et nécessaire d'entretenir un écoulement de pus. Quand une affection cutanée, un abcès, certains ulcères se développent comme phénomènes critiques d'une maladie interne plus grave, nul doute qu'il n'y ait du danger à entraver ce travail favorable de la nature, et qu'il ne soit indiqué de le rappeler quand il a disparu. Mais je nie que ce soit jamais sur une plaie qu'il faille attirer cette espèce d'émonctoire ; et quand il arrive qu'en enlevant une partie on emporte en même temps un organe qui était le siége d'une affection de ce genre, c'est dans d'autres endroits qu'il faut tâcher de la rétablir au moyen des exutoires, si on ne se décide pas à choisir des voies plus naturelles pour rétablir l'équilibre et remplacer les anciennes excrétions ou irritations qu'on a été forcé de faire disparaître par de nouveaux procès morbides de la même nature.

M. Reynier oublie trop, en me reprochant de ne point indiquer les contre-indications de l'application de la teinture d'iode, que l'indication capitale après les opérations, l'indication qui domine toutes les autres, est d'empêcher l'apparition de la pyoémie ; et que si certaines circonstances accessoires semblent devoir s'opposer à l'usage

du médicament, il faut savoir se résigner aux inconvénients dont elles peuvent être la cause, s'il est prouvé qu'en faisant ce sacrifice on s'assure davantage de la chance essentielle, qui est celle d'éviter la mort. D'ailleurs, je ne pense pas qu'il y ait jamais aucune contre-indication à diminuer la sensibilité des parties opérées, quand cet effet n'est pas produit au détriment de l'exsudation plastique qui est nécessaire à la réunion ; et c'est le cas, comme on le sait, pour la teinture d'iode. Ensuite, il est bien facile, quand l'action essentielle est obtenue, de combattre les complications accidentelles par les médications appropriées : car la teinture n'est pas une substance qui demande à être employée seule, et il n'y a aucune incompatibilité entre elle et d'autres moyens thérapeutiques.

J'en veux faire, dit-on, une panacée; et j'eusse dû, au contraire, indiquer, non pas *un,* mais *plusieurs* remèdes pour pouvoir adapter le traitement à la diversité des cas. J'ai si peu la prétention de considérer la teinture d'iode comme une panacée, que j'ai eu soin, dans les conclusions de mon mémoire, de dire « qu'elle « n'est point un préservatif *certain* contre l'infection « purulente. » Et je suis si loin de la considérer comme le seul remède antipyoémique, que j'ai déclaré dans le même travail que j'avais longtemps hésité entre elle et plusieurs autres substances, et que je faisais des vœux pour qu'on finisse par arriver à la préservation de l'infection purulente par les procédés perfectionnés de la réunion immédiate. Je désire encore aujourd'hui, comme alors, qu'on parvienne à découvrir des substances plus efficaces que celle que j'ai indiquée pour atteindre le but désiré ; mais je dois ajouter que je n'ai encore pour mon compte rien trouvé de meilleur,

pas même la solution concentrée de chlorure de zinc, que j'ai essayée dans différents cas, et qui m'a paru présenter beaucoup plus d'inconvénients.

M. Reynier signale dans mon ouvrage deux omissions : il s'étonne de ce que dans un travail portant un titre comme celui que j'ai donné au mien, je n'aie pas parlé de la *gangrène des hôpitaux,* «la terreur des chirurgiens,» dit-il, et sur laquelle il serait intéressant de connaître l'effet de la teinture d'iode; puis il trouve singulier que je n'aie pas mentionné ou critiqué le bain chaud permanent, employé avec succès par le professeur B. Langenbeck, de Berlin, comme prophylactique de la gangrène des hôpitaux et de l'infection purulente.

Si je n'ai pas fait mention de la pourriture d'hôpital comme accident pouvant suivre les grandes opérations, c'est qu'elle est si rare à Bruxelles qu'elle ne nous inspire aucune terreur, et que même nous n'y pensons pas. L'on comprendra facilement cette sécurité quand on apprendra que depuis que je suis à l'hôpital Saint-Jean je n'en ai pas encore observé un seul cas, et que depuis 27 ans, c'est tout au plus si j'en ai rencontré quatre ou cinq dans les services de chirurgie de cette ville. Pour ce qui regarde l'action de la teinture d'iode sur cette maladie, M. Saurel, à défaut de moi, se chargera de répondre à M. Reynier. Je vois en effet dans l'Annuaire thérapeutique de M. Bouchardat (année 1857, p. 191) que le praticien que je viens de nommer a fait des expériences desquelles il résulte que ce médicament agit d'une manière favorable et assez rapide sur cette affection, et que par ses propriétés désinfectantes il prévient la propagation du mal chez les autres blessés. Toutefois, il pense que tout en étant applicable dans certaines circonstances où le fer rouge ne peut être employé, il ne jouit

pas de toute l'efficacité de ce dernier moyen, qu'il place au-dessus de tous les autres. Je ne saurais rien dire à M. Reynier concernant l'action prophylactique de la teinture d'iode contre la pourriture, pour les raisons que je viens d'énoncer, qui sont aussi celles qui m'ont fait garder le silence sur ce point dans mon mémoire.

Ce n'est point l'ignorance de la méthode du professeur de Berlin qui me l'a fait passer sous silence ; c'est encore moins la pensée qu'elle ne peut point présenter de grands avantages. J'ai trop d'estime pour les travaux de la savante Allemagne pour ne pas prêter la plus grande attention et accorder la plus sincère estime à toutes les innovations qu'elle peut nous proposer, surtout quand ces innovations ont pour auteurs des hommes du mérite de B. Langenbeck. Mais un concours particulier de circonstances, parmi lesquelles je dois citer la difficulté de la construction convenable des appareils, et celle de maintenir la même température dans le bain pendant toute la durée du traitement, m'ayant empêché d'expérimenter convenablement le traitement proposé par le professeur prussien, j'ai préféré ne point en parler que de l'apprécier sans pouvoir baser mon jugement sur des faits pratiques suffisants. L'occasion se présentera peut-être pour moi de rechercher si le bain d'eau chaude réussit aussi bien à Bruxelles qu'à Berlin ; et M. Reynier peut être certain que je ne manquerai pas de proclamer ses vertus si mes essais lui sont favorables : car comme je l'ai dit plus haut, je tiens plutôt au principe fondamental qui proclame la nécessité de modifier les surfaces opérées ou de les réunir plus sûrement d'une manière immédiate, qu'au procédé que j'ai jugé bon pour réaliser ce principe dans la pratique chirurgicale.

M. Reynier termine son analyse en exprimant l'es-

poir « que je continuerai mes expériences, et que j'arri-
« verai à donner aux médecins les indications et contre-
« indications exactes sur l'emploi de la teinture d'iode
« après les amputations, en plaçant ainsi une pierre à
« base solide dans l'édifice de la thérapeutique. »

Je suis trop pénétré de l'importance du problème de chirurgie qui fait l'objet de mes préoccupations depuis plusieurs années pour que je ne suive pas avec empressement le conseil que me donne M. Reynier. Je crois qu'il y a encore beaucoup à faire au sujet de la prophylaxie de la pyoémie. Mais j'ai confiance dans l'avenir de la science à cet égard, maintenant surtout que je vois, à l'étranger et dans notre pays, surgir de toutes parts des travaux qui dénotent que le besoin de ces progrès a été vivement senti, et que l'on a reconnu la possibilité de les réaliser. Puisse le concours ouvert par la Société de médecine de Gand soulever le voile qui couvre encore quelques points obscurs de cette grave question, ou du moins nous éclairer dans les nouvelles recherches que nous devons faire pour arriver à la résoudre d'une manière plus claire et plus positive!

Bruxelles, juin 1858.

